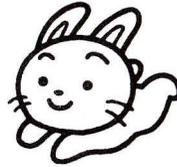


# 初めて受診される 患者様へ

診察までに次の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。  
 ★☆☆診察させていただく上で大切なことがらですので  
 ご面倒ですがよろしくお願ひします★☆☆

## 1. 今日はどうされましたか？○を付けてください。

- 熱 せき 鼻水 のどの痛み
- 頭痛 おなかが痛い 下痢 嘔吐・吐き気
- 皮膚の発疹・ぶつぶつ
- その他



[ ]

●大体いつ頃からですか？

( )

## 2. 今までにかかったことのある病気に○を付けてください。

- 突発性発疹 はしか(麻疹) みずぼうそう(水痘) おたふくかぜ
- 風疹 百日咳 仮性ク룹(喉頭炎) 細気管支炎
- 気管支喘息 喘息っぽいと言われたりゼーゼーいいやすい
- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 川崎病
- 熱性けいれん 熱なしけいれん 胃腸炎に伴うけいれん
- その他( )

入院されたことがあればその病名と年齢を記入してください。

[ ]

## 3. 予防接種を済ませたものに○を付けてください。接種回数も記入してください。

- (三種または四種)混合ワクチン(Ⅰ期 [1、2、3、追加]、Ⅱ期) BCG
- ポリオ(生ワクチン 回、不活化ワクチン 回) ヒブワクチン( 回)
- 肺炎球菌ワクチン( 回) ロタウイルスワクチン( 回)
- MRワクチン(Ⅰ期、Ⅱ期)おたふくかぜ( 回) みずぼうそう( 回)
- その他( )

## 4. 今までに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)

●「はい」の方 おわかりになれば薬、食べ物の名前

( )

ふりがな  
おなまえ

[ ]

生年月日 昭和・平成 年 月 日生  
 ( 才 ヶ月)  
 ( )人兄弟の( )番目

## 5. ご家族・家庭について ※( )には三親等までの続柄を記入してください。

- ・タバコを吸う方はいますか？(いない・いる \_\_\_\_\_)
- ・アレルギー体質の方はいますか？  
 喘息( ) アトピー性皮膚炎( )  
 アレルギー性鼻炎・花粉症( ) じんましん( )  
 アレルギー性結膜炎( )
- ・熱性けいれん( ) 熱なしけいれん( )
- ・その他の病気( )

・ペットは飼っていますか？

- 飼っていない
- 自宅に(犬・ネコ・その他 [ ])
- 実家に(犬・ネコ・その他 [ ])



## 6. 出産・発育について

- ①( )週( )日で出生。あるいは：予定日( )月( )日  
 あるいは：満期産・早産( )日早い・遅産( )日  
 出生時の体重( )g
- ②分娩は(普通・逆子・吸引・鉗子・帝王切開)
- ③出産は(安産・難産)  
 難産だった場合は詳しく記入してください。

④黄疸(なし 普通 光線療法 交換輸血)

⑤生後の発達・発育について

- ・首が座ったのは？ ( )ヶ月
- ・寝返りしたのは？ ( )ヶ月
- ・お座りは？ ( )ヶ月
- ・はいはいは？ ( )ヶ月
- ・意味のある言葉を話すようになったのは？ ( )ヶ月
- ・一人で立てるようになったのは？ ( )ヶ月
- ・一人で歩けるようになったのは？ ( )ヶ月
- ・女の子の場合初潮は？ ( )才

はしか、おたふくかぜ、みずぼうそうなどの疑いのある方は  
 看護師、事務員にお声がけください。

●診察直前はミルク、お菓子などを与えないでください。



ご協力ありがとうございました。 もうしばらくお待ちくださいませ。